

# Protección del sobrepeso en la enfermedad cardiovascular en ancianos

## *Protective Overweight in Cardiovascular Disease in the Elderly*

WOLFRAM DOEHNER<sup>1,2</sup>

Una de nuestras principales inquietudes relacionadas a la salud es el peso corporal.

El peso corporal no solo es una ventana a nuestro estado de salud, sino que integra el bienestar físico y emocional. Por lo tanto, no es sorprendente que el peso corporal ocupe un lugar tan destacado en nuestras consideraciones de salud, y tampoco que un amplio espectro de profesionales, consejeros y entrenadores de la salud tengan opiniones definidas sobre el manejo del peso corporal. Y, convengamos, también cada uno de nosotros tiene una opinión bastante formada acerca del peso corporal, propio y en general.

Sin embargo, lo que SÍ es sorprendente en este contexto, es que las consideraciones comunes sobre el peso corporal y su manejo sean extraordinariamente unidimensionales y unidireccionales, guiadas, casi dictadas, por una convicción general: el peso corporal excesivo es perjudicial y ‘combatir cualquier grado de exceso de peso donde quiera que se encuentre’ es considerado como la virtud normal de los esfuerzos del cuidado de la salud. (1) Es necesario discutir condiciones especiales en las cuales este enfoque puede estar equivocado y no ser beneficioso y aún provocar daño. Y sería importante recordar que dichas ‘condiciones especiales’ en realidad no son tan especiales, sino de hecho, a menudo aplican en nuestro sistema de salud, afectando un amplio rango de pacientes.

Cualquier evidencia que contradiga el mantra de luchar contra el sobrepeso se percibe con sospecha, y aun cuando los datos parecen enviar un mensaje claro, éstos se reciben con incredulidad. Un enfoque típico para tratar estos hallazgos inesperados y en parte inexplicables es denominarlos como una paradoja. Se llamó paradoja de la obesidad al entonces sorprendente hallazgo en pacientes con insuficiencia cardíaca en los cuales el sobrepeso y la obesidad leve estaban asociadas con una disminución de la mortalidad y no, como era de esperar, con un aumento de la misma. A lo largo de los últimos 20 años, numerosos estudios han repetidamente confirmado esta perspectiva: el exceso de peso corporal no está asociado con una peor supervivencia, sino a menudo con una *mejoría* de la misma en pacientes con insuficiencia cardíaca y en cualquier otro tipo de enfermedad cardiovascular [así como en una serie de enfermedades no cardiovasculares crónicas (2)]. Por el contrario, la pérdida de peso se ha relacionado siempre con una peor supervivencia en pa-

cientes con insuficiencia cardíaca. De hecho, la evidencia es suficientemente convincente como para determinar que el aumento del peso corporal sea incluido en varios puntajes de riesgo de insuficiencia cardíaca como un factor protector, es decir, el aumento del peso corporal indica mejor en lugar de peor supervivencia. (3, 4)

De acuerdo con estudios previos, en este número de la RAC, Favini y colaboradores comunican que un peso corporal más elevado (evaluado mediante el índice de masa corporal), en una población de pacientes ancianos con insuficiencia cardíaca aguda, estaba asociado a un mejor pronóstico durante el año después del evento agudo. (5) Los autores concluyen que la paradoja de la obesidad se aplicaba en estos pacientes independientemente de los antecedentes cardiovasculares y de la fracción de eyección. Mientras que la mayoría de los estudios sobre la paradoja de la obesidad se refiere a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (es decir, estable), este interesante artículo agrega a la evidencia previa que el beneficio de la supervivencia debido al sobrepeso se aplica también en pacientes agudos con insuficiencia cardíaca descompensada. (6, 7)

Este estudio confirma una vez más lo que ha sido demostrado previamente en un amplio espectro de ensayos clínicos, donde se analizaron diferentes poblaciones de pacientes con diversas condiciones cardiovasculares y utilizando múltiples enfoques analíticos.

Dada la consistencia de los hallazgos, uno se pregunta porque se sigue utilizando el término paradoja de la obesidad en este contexto. Luego de dos décadas de abundantes estudios confirmatorios, este hallazgo no es ni sorprendente ni inexplicable, (8) lo cual sería necesario para calificarlo como una paradoja. Aún más importante: un hallazgo paradójico nunca será aceptado en la comunidad médica general como un argumento válido para un mejor y diferenciador manejo del peso corporal. Por lo tanto, se ha sugerido cambiar el término **paradoja por paradigma**, que aprecia la evidencia sólida de una propiedad protectora del peso corporal elevado en estos pacientes y que permite implementar este hallazgo en mejores recomendaciones personalizadas de peso corporal. (9)

De acuerdo a la indicación ampliamente adoptada en la actualidad, la reducción de peso en toda persona con peso corporal excesivo será entendida por muchos pacientes como una recomendación de reducir la inges-

REV ARGENT CARDIOL 2021;89:181-182. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20403>

VER ARTÍCULO RELACIONADO: Rev Argent Cardiol 2021;89:211-216. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20233>

*Dirección para separatas:* Wolfram Doehner, MD, PhD; Berlin Institute of Health Center for Regenerative Therapies, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Germany; E-mail: wolfram.doehner@charite.de; Tel.: +49 30 450 553 507

<sup>1</sup>Centro BIH de Terapias Regenerativas (BCRT) y Departamento de Cardiología (Virchow Klinikum), Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany.

<sup>2</sup>Centro de Investigación de Accidente Cerebrovascular de Berlin (CSB) Charité Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany.

ta calórica. Particularmente, la insuficiencia cardíaca (8) (y muchas otras enfermedades) se caracteriza por una dominancia catabólica con inhibición anabólica (mediada por inflamación, resistencia a la insulina y resistencia a la hormona de crecimiento). (10) Agregar inanición a esta condición catabólica probablemente resultará en una condición metabólica desfavorable que puede aumentar más la presión catabólica y acelerar el proceso de la enfermedad.

Estos hallazgos no son para nada contradictorios con la visión de que la obesidad es un factor de riesgo a tener en cuenta en un amplio rango de enfermedades y que constituye una pesada carga en la salud de nuestra sociedad. No obstante, los datos sobre los efectos deletéreos del sobrepeso se refieren, evidentemente, a un enfoque de prevención primaria, donde el principal objetivo en sujetos sanos es mantener buenas condiciones de salud. Contrariamente, en pacientes con enfermedades crónicas o incurables como la insuficiencia cardíaca, el objetivo es sobrevivir con la enfermedad preexistente de la mejor manera posible. Y en tales condiciones, el beneficio agregado de la preservación de los depósitos de energía (es decir, el tejido adiposo) y una mayor masa muscular (tejido muscular para asegurar movilidad y funcionalidad independiente) pueden prevenir, o al menos retrasar, el desarrollo de caquexia y sarcopenia que conducen a un estado de fragilidad y condiciones de enfermedad avanzada.

En consecuencia, debería adoptarse una perspectiva diferenciadora acerca del peso corporal y su manejo que permita distinguir entre distintos enfoques (Figura 1). En sujetos saludables, medidas de prevención primaria para evitar la obesidad son la mejor manera de mantener una buena salud. Sin embargo, en pacientes con enfermedades crónicas establecidas, como la insuficiencia cardíaca, el sobrepeso prevalente y la obesidad leve no serían vistos como un factor de riesgo para la supervivencia. A la vez, una pérdida de peso no intencional debería ser considerada por el médico tratante y el servicio de salud como un signo de dominancia catabólica acelerada que indica un avance de las condiciones de la enfermedad y un mal pronóstico.

Por ello, el artículo de Favini y colaboradores es un aporte valioso a la evidencia existente para obtener un enfoque moderno y diferenciador acerca del peso corporal y su manejo, **apreciando un paradigma de la obesidad en lugar de una paradoja**.

### Declaración de conflictos de intereses

El autor declara que no posee conflictos de intereses.

(Véase formulario de conflictos de intereses de los autores en la web / Material suplementario).

### BIBLIOGRAFÍA

1. Global BMI Mortality Collaboration. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;386:776-86.
2. Doehner W. Critical appraisal of the obesity paradox in cardiovascular disease: how to manage patients with overweight in heart failure? *Heart Fail Rev* 2014;19:637-44. <https://doi.org/10.1007/s10741-014-9425-z>
3. Levy WC, Mozaffarian D, Linker DT, Sutradhar SC, Anker SD, Cropp AB, et al. The Seattle Heart Failure Model: prediction of survival in heart failure. *Circulation* 2006;113:1424-33. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.105.584102>
4. Pocock SJ, Ariti CA, McMurray JJ, Maggioni A, Køber L, Squire IB, et al. Predicting survival in heart failure: a risk score based on 39 372 patients from 30 studies. Meta-Analysis Global Group in Chronic Heart Failure. *Eur Heart J* 2013;34:1404-13. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs337>
5. Favini A, Belziti C, Garagoli F, Chiabrando JG, Barbagelata A, Denes J, et al. The Obesity Paradox of Heart Failure in the Elderly. *Rev Argent Cardiol* 2021;89:211-6. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v89.i3.20233>
6. Shah R, Gayat E, Januzzi JL Jr, Sato N, Cohen-Solal A, diSomma S, et al; GREAT (Global Research on Acute Conditions Team) Network. Body mass index and mortality in acutely decompensated heart failure across the world: a global obesity paradox. *J Am Coll Cardiol* 2014;63:778-85. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2013.09.072>
7. Fonarow GC, Srikanthan P, Costanzo MR, Cintron GB, Lopatin M; ADHERE Scientific Advisory Committee and Investigators. An obesity paradox in acute heart failure: analysis of body mass index and inhospital mortality for 108,927 patients in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry. *Am Heart J* 2007;153:74-81. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2006.09.007>
8. Doehner W, Frenneaux M, Anker SD. Metabolic impairment in heart failure: the myocardial and systemic perspective. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:1388-400. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.04.083>
9. Doehner W, von Haehling S, Anker SD. Protective overweight in cardiovascular disease: moving from 'paradox' to 'paradigm'. *Eur Heart J* 2015;36:2729-32. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehv414>
10. Josiak K, Jankowska EA, Piepoli MF, Banasiak W, Ponikowski P. Skeletal myopathy in patients with chronic heart failure: significance of anabolic-androgenic hormones. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2014;5:287-96. <https://doi.org/10.1007/s13539-014-0152-z>



**Fig. 1.** El paradigma de la obesidad en la enfermedad cardiovascular: Las recomendaciones sobre el manejo del peso corporal deberían diferenciar claramente la prevención primaria en sujetos sanos y la prevención de resultados secundarios en pacientes con patología cardiovascular establecida (adaptado de Doehner y colaboradores. *Eur. Heart J* 2015). (9)